

**Universidade do Porto**

**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação**

**ARTE-LOUCURA OU ARTE-CURA?**

**EFEITOS DO MÉTODO TERAPÊUTICO NA TERAPIA PELA ARTE EM  
PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA**

**2018**

**Ana Maria Costa**

**MTP- Neurocognição e Linguagem**

Dissertação apresentada no Mestrado de Temas de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Doutora Susana Silva e co-orientada pela Professora Doutora Selene Vicente (FPCEUP).

## **AVISOS LEGAIS**

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente disserquaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais e irmã, agradeço todo o apoio e incentivo. Especialmente aos meus pais que sempre apoiaram as minhas escolhas, nomeadamente a mais difícil aos olhos da sociedade, ser Artista!

Ao Daniel muito obrigada pela companhia, a força, e pelo contágio de energia positiva, por me fazeres acreditar que tudo é possível.

À Doutora Susana Silva muito obrigada por tornar possível a realização deste projeto, pelo interesse, dedicação e disponibilidade por solucionar problemas e dúvidas que foram surgindo durante o processo.

À Professora Doutora Selene Vicente, grata pelo interesse, empenho e colaboração neste estudo.

À Associação Nova Aurora por terem permitido a realização deste estudo e me terem acolhido tão bem.

E um especial agradecimento a todos os utentes da Associação que participaram no estudo, que além de me permitirem realizá-lo, me inspiraram e intensificaram em mim valores como resiliência, humildade.

" Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda."

(Nise da Silveira)

## **Resumo:**

A terapia pela arte é um processo de tratamento que se baseia na prática de várias modalidades de arte visual com uma finalidade terapêutica. A terapia pela arte tem investido no domínio psicossocial/afetivo (bem-estar, ansiedade, depressão), mais que no domínio cognitivo, e os resultados da investigação empírica parecem confirmar um impacto superior no primeiro. Contudo, a maioria dos programas de intervenção está baseada num método terapêutico de criação livre, não tendo sido ainda testado se um método guiado – baseado em tarefas estruturadas pelo terapeuta – pode alargar o âmbito dos benefícios ao domínio cognitivo. No presente estudo, testámos a hipótese de que um método terapêutico livre privilegia os benefícios psicossociais/afetivos, enquanto um método guiado privilegia os benefícios cognitivos/executivos. Para tal, centrámo-nos numa população que apresenta défices em ambos os domínios - a esquizofrenia. Treze utentes de uma associação de apoio a doentes com esquizofrenia participaram no estudo, divididos por dois grupos; grupo de método livre e grupo de método guiado. Os utentes foram avaliados nos domínios psicossocial/afetivo e cognitivo/executivo antes e depois da intervenção, que teve a duração de três meses. Os grupos foram comparados quanto à diferença pós-pré teste, em ambos os domínios. Embora pouco robustos, os resultados mostraram que um método livre poderá beneficiar a esfera psicossocial / afetiva mais que um método guiado, sendo isto compatível com uma das nossas hipóteses. Quanto aos benefícios cognitivos, não se verificaram diferenças entre os grupos, não suportando a outra hipótese formulada. Portanto, um método livre parece introduzir vantagens sem criar desvantagens.

Palavras-chave: Terapia pela arte, esquizofrenia, domínio psicossocial/afetivo, domínio cognitivo.

## **Abstract**

Art therapy is a process of treatment that is based on the practice of multiple visual arts with a therapeutic goal. Art therapy has focused on the psychosocial/affective domain (well-being, anxiety, depression), and little on cognition. Empirical research results seem to confirm a superior impact on the former. However, most intervention programs are based on a therapeutic method of unconstrained creation, and it has not yet been tested whether a guided method - based on tasks structured by the therapist - can extend the scope of benefits to the cognitive domain. In the present study, we tested the hypothesis that a therapeutic method based on unconstrained creation privileges psychosocial/affective benefits, while a guided method privileges cognitive/executive benefits. To that end, we focused on a population with deficits in both domains – schizophrenia. Thirteen clients of a day-care unit for schizophrenia participated in the study, divided into two groups: an unconstrained method group and a guided method group. Participants underwent psychosocial/affective and cognitive/executive assessment before and after the intervention, which lasted for three months. The posttest-pretest difference was compared across groups for both domains. Although the results were not highly robust, they indicated that the psychosocial/affective benefits of an unconstrained method may be superior to those of a guided method, which is compatible with one of our hypotheses. As for the cognitive benefits, there were no differences between groups, not supporting the other hypothesis. Therefore, an unconstrained method seems to introduce advantages without creating disadvantages.

**Keywords:** Art therapy, psychosocial/affective domain, cognitive domain, schizophrenia.

## Resumé

La thérapie par l'art est un processus de traitement basé sur la pratique de diverses modalités d'art visuel à visée thérapeutique. La thérapie par l'art a investi dans le domaine psychosocial / affectif (bien-être, anxiété, dépression) plutôt que dans le domaine cognitif et les résultats de la recherche empirique semblent confirmer un impact supérieur dans le premier. Cependant, la plupart des programmes d'intervention reposent sur une méthode thérapeutique libre et il n'a pas encore été testé si une méthode guidée - basée sur des tâches structurées par le thérapeute - peut étendre la portée des bénéfices au domaine cognitif. Dans l'étude présente, nous avons testé l'hypothèse qu'une méthode thérapeutique libre privilégie les bénéfices psychosociaux / affectifs, alors qu'une méthode guidée privilégie les bénéfices cognitifs / exécutifs. À cette fin, nous nous sommes concentrés sur une population qui a des déficits dans les deux domaines - la schizophrénie. Treize participants d'une association soutenant des patients atteints de schizophrénie, ont participé à une étude divisée en deux groupes; groupe de méthodes libres et groupe de méthodes guidées. Les groupes ont été comparés pour la différence post-prétest dans les deux domaines. Bien que peu robustes, les résultats ont montré qu'une méthode libre pouvait bénéficier la sphère psychosociale / affective plutôt qu'une méthode guidée, ce qui est compatible avec l'une de nos hypothèses. En ce qui concerne les avantages cognitifs, il n'y a pas eut de différences entre les groupes, ne soutenant pas l'autre hypothèse formulée. Par conséquent, une méthode libre semble présenter des avantages sans créer d'inconvénients.

Mots-clés: thérapie par l'art, schizophrénie domaine psychosocial / affectif, domaine cognitivo.

## **Índice geral**

1. Introdução	1
1.1 Objetivos, resultados e mecanismos da terapia pela arte	1
1.2 Impacto no funcionamento cognitivo: uma questão em aberto	3
1.3 O presente estudo	4
1.3.1 Hipóteses	4
1.3.2 População esquizofrénica enquanto representante do duplo défice	4
1.3.3 Design do estudo	5
2. Método	7
2.1 Participantes	7
2.2 Material	8
2.2.1 Protocolo de avaliação neuropsicológica	8
2.2.2 Programa de intervenção pela pintura: Características	11
2.3 Procedimento	14
2.4 Análise de dados	15
3. Resultados	16
4. Discussão	22
5. Conclusão	24
Referências	27
Anexos	30



## Índice de quadros

**Quadro1.** Média (M) e desvio-padrão (DP) da idade, da escolaridade e direção da doença nos dois grupos de participantes em função do método do programa de intervenção pela pintura: método livre vs. método guiado

8

**Quadro 2.** Atividades, métodos, técnicas, duração e recursos usados em cada um dos grupos 14

**Quadro 3.** Medianas pré- e pós-teste em ambos os grupos 17

**Quadro 4.** Comparação do diferencial pós-pré-testeentre grupos 18

**Quadro 5.** Classificação das respostas (frequência e percentagem de pacientes por grupo) à questão “Como se sente depois da terapia?”

20

## **Índice de anexos**

<b>Anexo 1</b> Consentimento informado	30
<b>Anexo 2</b> Questionário sociodemográfico e clínico	32
<b>Anexo 3</b> Questionário final de controlo	36
<b>Anexo 4</b> Exposição de pintura – trabalhos de pacientes	38
<b>Anexo 5</b> Outros trabalhos realizados por pacientes	40

## **1. Introdução**

### **1.1 Objetivos, resultados e mecanismos da terapia pela arte**

A terapia pela arte é um processo de tratamento que se baseia na prática de várias formas de expressão artística com uma finalidade terapêutica (Reis, 2014), usando diversas formas de arte visual tais como: desenho, pintura, escultura e colagem (Edwards, 2004). Prinzhorn (1886-1933) foi pioneiro neste campo, tendo tido um papel importante na implementação da terapia pela arte em pacientes de saúde mental (Frazzetto, 2011). Por sua influência, esta tornou-se parte integrante de muitos centros de reabilitação, centros de saúde mental, centros de crise, consultórios particulares, escolas e várias outras instituições sociais e comunitárias que se esforçam para promover a saúde, bem-estar e crescimento. Alguns anos mais tarde, Nise da Silveira (1905-1999) destacou-se pelo seu trabalho de terapia pela arte em doentes esquizofrênicos. A psiquiatra opôs-se aos métodos da medicina recorrentes na época, (lobotomia e terapia eletroconvulsiva), investindo antes na terapia ocupacional através da pintura, desenho e escultura. Segundo a autora, a pintura ou escultura do doente esquizofrênico revelava que o seu mundo interno podia ganhar forma se encontrasse meios de expressão que o aproximassem cada vez mais do consciente, podendo ser vista como um instrumento a ser utilizado pelo paciente para reorganizar seu mundo interno e, ao mesmo tempo, reconstruir sua relação com a realidade exterior. Para compreender esse fenómeno, a psiquiatra recorreu à psicologia junguiana e à sua conceção de símbolo como mecanismo psicológico que transforma a energia psíquica (Castro & Lima, 2007).

A terapia pela arte tem-se mantido centrada nos objectivos de melhoria do bem-estar, qualidade de vida, autoconsciência e autoconfiança dos pacientes. Esta terapia tem sido vista como um instrumento valioso, aliado ao trabalho do psicólogo nos mais diferentes contextos, e vinculado ao seu compromisso ético de contribuir para que o sujeito se (re)constitua (Reis, 2014). Portanto, tem sido proposto que a terapia pela arte promove o bem-estar, reduz os níveis de ansiedade e melhora o humor (Daykin, Byrne, Soteriou, & O'Connor, 2008) tendo, em suma, um impacto positivo nos aspetos afetivos e psicossociais.

Nos estudos empíricos sobre a eficácia da terapia pela arte, encontramos resultados que revelam, de facto, um impacto afetivo e psicossocial positivo, nomeadamente em pacientes com psicoses, ansiedade e transtorno bipolar. Os pacientes reduzem sintomas de ansiedade, nervosismo, conseguem aliviar tensões e conflitos emocionais e, assumem uma maior consciência do “eu” (Morais et al., 2014). Melhoram a compreensão das suas psicoses, a autonomia, reduzem os seus medos, e também ganham autonomia e confiança a nível de grupo (Hanevik, Hestad, Lien, Teglbjaerg, & Danbolt, 2013).

A terapia pela arte tem possibilitado aos pacientes a vivência das suas dificuldades, conflitos, medos e angústias de um modo menos sofrido. Percebe-se que existe uma minimização dos aspetos negativos de ordem afetiva e emocionais que naturalmente surgem com a doença, tais como a angústia, *stress*, medo, agressividade, isolamento social, apatia, entre outros (Coqueiro, Vieira, & Freitas, 2010). Percebe-se ainda um reforço da autoconsciência, a melhoria da comunicação verbal (proporcionando a coesão em grupo), a diminuição dos sintomas de ansiedade e de paranóia, uma experiência mais direta do eu em contexto social (coesão, estrutura e segurança no grupo); e uma melhoria da autoestima (Teglbjaerg, 2011). A terapia pela arte é essencial para a promoção do bem-estar das pessoas com transtorno psíquico, uma vez que proporciona mudanças nas áreas afetivas, interpessoais e relacionais, melhorando o equilíbrio emocional ao final de cada sessão (Morais et al., 2014).

Uma razão pela qual a terapia pela arte pode levar a melhorias na esfera afetiva e psicossocial é a possibilidade de a prática artística produzir um estado chamado “*flow*” (Chancellor, Duncan, & Chatterjee, 2014), um estado de intensa concentração, satisfação e prazer que é experimentado quando alguém se dedica a uma atividade intrinsecamente gratificante. Este tipo de efeito parece ser mais evidente quando os sujeitos da intervenção da terapia pela arte recebem diretrizes para se inspirarem em experiências pessoais positivas, criando imagens livres (Gruber & Oepen, 2017; Oepen & Gruber, 2012; Orellana & Slachevsky, 2013; Wilkinson & Chilton, 2013). A importância deste fator de referência ao universo psicológico do paciente (ou seja, às suas experiências pessoais) sugere que o sentimento de gratificação emergente poderá estar fortemente ligado ao ato de criação, e não simplesmente à execução manual.

## 1.2 Impacto no funcionamento cognitivo: uma questão em aberto

Apesar da forte evidência de impacto da terapia pela arte na melhoria dos défices afetivos e psicossociais, pouca atenção tem sido dada aos défices cognitivos. Esta situação contrasta com o que sucedeu com a musicoterapia, cujo enfoque tem vindo a ser progressivamente deslocado da esfera afetiva e psicossocial para a reabilitação cognitiva, nomeadamente com a musicoterapia neurológica (Thaut, 2010).

Existem alguns resultados que sugerem um possível impacto da terapia pela arte no funcionamento cognitivo. Por exemplo, em populações com demência, o uso da experiência artística multissensorial parece estimular a memória de curto prazo, aumentando o nível de atividade para a maioria dos participantes. Estes conseguem uma melhoria no foco e uma participação mais ativa, e muitos conseguem recuperar memórias importantes, tanto desenhando sobre elas quanto compartilhando-as entre si (Braak et al., 1997; Webb, Miles, & Sheeran, 2012). Contudo, a evidência de impacto no domínio cognitivo permanece escassa.

Uma das razões pelas quais a terapia pela arte não se evidencia pelos seus benefícios cognitivos – mas antes pelos afetivos e psicossociais – pode ser o uso dominante de métodos terapêuticos de criação livre. Podemos considerar duas grandes classes de métodos terapêuticos de criação livre, ou não diretivo quanto à escolha dos temas e etapas de trabalho na realização da obra artística (aqui designado de *método livre*), e *métodos guiados*, – quando há direção externa (do monitor) quanto a estes aspetos. Existe a possibilidade de um método livre potenciar a quantidade e qualidade de momentos de criação – e, logo, o bem-estar – comparativamente a um método guiado, mas é também possível que um método guiado – apelando à obediência a exigências externas – seja necessário para maximizar os benefícios cognitivos, tal como acontece, por regra, na musicoterapia. Na generalidade, os estudos de terapia pela arte existentes ou recorrem a um método livre, ou não fazem referência ao mesmo (Leurent et al., 2014; Montag et al., 2014; Morais et al., 2014; Patterson, Crawford, Ainsworth, & Waller, 2011; Richardson et al., 2007).

Por exemplo, a pioneira Nise da Silveira usou um método totalmente livre. Apenas fornecia material aos doentes e não queria interferências. Portanto nunca dava qualquer diretriz nem inspiração (Castro & Lima, 2007). Mais recentemente, Hanevik et al. (2013) investigaram o potencial da criação em argila, valorizando a criação livre e até

investindo na definição de um ponto de partida para esta -a leitura de um poema, música, a partilha de experiências no grupo. Neste panorama - em que os métodos guiados são pouco ou nada utilizados e a comparação de métodos tem estado ausente - é possível que o potencial de impacto cognitivo por parte da terapia pela arte tenha permanecido oculto.

O problema do impacto do método terapêutico nos resultados obtidos tem sido crescentemente debatido. Já em 1983, McNeilly (citado por Gruber & Oepen, 2017) propôs que o método livre pode desempenhar um papel importante no bem-estar, apontando a necessidade de uma investigação exploratória para comparar o impacto dos métodos livre e guiado na regulação da emoção (Gruber & Oepen, 2017). Estudos mais recentes continuam a sublinhar a necessidade de validação de mecanismos e modelos subjacentes ao impacto da terapia pela arte (Thaut, 2010; Webb et al., 2012; Webb, Miles, & Sheeran, 2012). É neste contexto que o presente estudo se situa.

### 1.3. O presente estudo

#### 1.3.1 Hipóteses

No presente estudo, testamos a hipótese de que, na terapia pela arte, um método terapêutico livre privilegia os benefícios afetivos e psicossociais, enquanto um método guiado privilegia os benefícios cognitivos/executivos. Para tal, centramo-nos numa população em que os dois tipos de défices – afetivo/psicossocial e cognitivo/executivo – estão claramente presentes: a população com esquizofrenia.

#### 1.3.2. População esquizofrénica enquanto representante do duplo défice

A esquizofrenia é um distúrbio ou doença mental que se caracteriza por um comportamento social inadequado, bem como uma incapacidade de distinguir o que é ou não real (American Psychiatric Association, 2013). A par do quadro de perda de relação com o real, a esquizofrenia envolve outros sintomas, referentes quer ao domínio psicossocial/afetivo, quer ao cognitivo.

Como défices afetivos verificam-se sintomas de ansiedade, depressão e alterações emocionais em geral; perda de energia, de iniciativa e de isolamento, um comportamento inadequado, negligência com a aparência pessoal e higiene (Soares & Silva de Lima, 2006), sofrimento pessoal (Patterson et al., 2011), afeto inadequado,

perda de interesse ou prazer, raiva, perturbação no padrão de sono, falta de interesse relacionada com a alimentação (Orellana & Slachevsky, 2013).

Quanto aos défices cognitivos, alguns estudos indicam a presença da disfunção cognitiva, e alguns estudos indicam a presença da disfunção cognitiva já no momento do primeiro episódio da doença (Bowie & Harvey, 2006). Os défices cognitivos observáveis na esquizofrenia têm sido alvo de diversos estudos e considerados centrais, independentemente da restante sintomatologia (Bhatia et al., 2009). As funções cognitivas mais afetadas na esquizofrenia são a velocidade de processamento, memória de trabalho, memória e aprendizagem verbal, memória e aprendizagem visual, raciocínio e resolução de problemas, cognição social e atenção/vigilância (Baddeley, 2012; Green et al., 1996; Lima & Espíndola, 2015). A par destas alterações, o reconhecimento emocional e a perceção social desta população encontram-se afetados (Walker & Lewine, 1988). Têm sido também apontados défices a nível da dexteridade motora (Goldstein & Shemansky, 1995) e habilidades espaciais (Walker & Lewine, 1988). Grandes partes destas funções integram-se nas designadas funções executivas (FE). As FE são processos de “supervisão” que controlam e regulam funções cognitivas, comportamentais e emocionais para potencializar o desempenho e a realização de tarefas essenciais (Moreira, Lima, & Vicente, 2014).

Estas funções permitem desenvolver e realizar planos, fazer analogias, viver em sociedade, resolver problemas, adaptarmo-nos a novas circunstâncias, fazer muitas tarefas simultaneamente e localizar episódios em tempo e lugar.

As FE incluem o planeamento, memória de trabalho, flexibilidade cognitiva e inibição (Moreira et al., 2014), memória operatória, abstração (Baddeley, 2012; Elliott, 2003) atenção dividida e atenção sustentada e regulação do comportamento dirigido por objectivos. A função executiva pode, em suma, ser definida como uma função cerebral subjacente à faculdade humana para agir ou pensar não apenas em reação a eventos externos, mas também em relação aos objetivos (Orellana & Slachevsky, 2013).

### 1.3.3 *Design* do estudo

No presente estudo, comparamos o impacto de dois métodos de intervenção (livre vs. guiado) nas dimensões cognitiva/executiva vs. afetiva/psicossocial de pacientes com

esquizofrenia. O programa de intervenção teve a duração de três meses, e os pacientes realizaram uma pré e pós avaliação no âmbito de um desenho longitudinal. A comparação dos efeitos dos dois métodos testa a hipótese de que um método guiado poderá favorecer o desenvolvimento das funções cognitivas/executivas, enquanto um método livre poderá privilegiar o desenvolvimento afetivo/psicossocial dos pacientes. Esta última possibilidade tem vindo a ser suportada pela literatura mas, na ausência de comparação de métodos, não tem ainda o devido suporte.

Assim, foram testados dois grupos, um submetido a um método guiado, outro ao método livre. No método guiado, os pacientes seguiram exercícios com estrutura, regras. Foram-lhes propostos passos a cumprir de acordo com os materiais facultados, tendo imagens para recriar e/ou copiar, estando este fator ausente no grupo livre. As atividades foram desenhadas de forma a serem equivalentes, com a mesma duração, mesmo uso de materiais e de técnica (colagem, pintura ou desenho), diferindo apenas na ausência/presença de liberdade criativa.

Por exemplo, no exercício de recriação de pintura por colagem - pinturas de Kandinsky e Miró (Quadro 2), foi distribuída aos pacientes do grupo guiado uma imagem de uma pintura de Miró e os seguintes materiais: um cartão, tesouras, cola e papel de lustro colorido. Os utentes tinham de observar atentamente a imagem, e depois desenhar as formas em papel de lustro de acordo com formas e cores da imagem. Em seguida, cortavam o papel colorido e colavam no cartão as formas de acordo com a imagem que copiavam. No grupo livre foram distribuídos os mesmos materiais: cola, papéis e cartão. Mostravam-se as mesmas imagens do grupo guiado (por cerca de 1 a 2 minutos) mas apenas para inspiração dos participantes, servindo assim como ponto de partida a um trabalho livre.

Antes e depois da intervenção, foram avaliadas as dimensões cognitiva/executiva vs. afetiva/psicossocial dos pacientes. Foi medida a diferença entre o pré-teste e o pós-teste nos dois grupos. Esperava-se que o grupo de método livre registasse uma melhoria na dimensão afetiva/psicossocial superior à do grupo com método guiado, e que o grupo de método guiado registasse uma melhoria na dimensão cognitiva superior à do grupo com método livre.



## 2. Método

### 2.1 Participantes

Dezasseis participantes diagnosticados com esquizofrenia, utentes da Associação Nova Aurora, participaram neste estudo. O recrutamento dos participantes foi mediado pelas técnicas da Associação na consulta de apoio individual, bem como pelos respetivos familiares/cuidadores dos utentes. Todos os participantes assinaram um consentimento informado (cf. Anexo1).

Os participantes tinham uma idade média de 45.9 anos ( $DP = 6,32$  variação = 37 -60), escolaridade uma média de 11.3 ( $DP = 1.13$ , variação = 9-12), e apresentavam o diagnóstico formal de esquizofrenia feito pelos respetivos psiquiatras antes de entrarem na associação. A duração da doença era em média de 26 anos ( $DP = 7.23$ , variação = 19 - 37). Todos se encontravam medicados, tomando uma média de seis medicamentos diários entre os seguintes: Lorazepan, Risperidon, Akineton, Olanzepina, Artane, Displexil, Ziprexa, Morfex, Clozapina, Invega, Crestor, Diazepan e Haldol. Para além do diagnóstico de esquizofrenia, a participação no estudo exigia que fossem utentes regulares da Associação Nova Aurora. Todos frequentavam a Associação em média há 9 anos ( $DP = 6.2$ , variação = 3-22 anos) e a frequência era de 5 dias por semana, das 10h às 16h, tendo como atividades: AVD (atividades da vida diária), desporto, música, apoio individual e terapia pela arte.

Os 16 participantes foram organizados em dois grupos, tendo sido emparelhados em idade, escolaridade, género e experiência prévia de pintura. Cada grupo frequentou uma das duas valências do programa de intervenção implementado: atividades de pintura segundo o método livre vs. método guiado. Três dos participantes foram excluídos (dois não compareceram a tempo de iniciar o programa, e um não realizou a avaliação neuropsicológica inicial), sendo que o grupo ficou reduzido a 13 participantes: cinco frequentaram o programa com o método livre e 8 com o método guiado (cf. Quadro 1). A maioria dos participantes vivia com os pais ou algum familiar, e apenas três viviam sozinhos. No final do programa de intervenção, 2 participantes dos 5 que frequentaram o método livre foram excluídos do estudo por não terem realizado a pós avaliação. Os resultados incidiram assim sobre um total de 11 participantes (3 método livre vs. 8 método guiado).

Quadro 1. *Média (M) e desvio-padrão (DP) da idade, da escolaridade e duração da doença (em anos) nos dois grupos de participantes, em função do método do programa de intervenção pela pintura: método livre vs. método guiado.*

	Grupo livre (n=5)		Grupo Guiado (n = 8)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	46.6	4.09	45.5	5.4
Escolaridade	11.6	0.89	11.2	1.3
Duração da doença	26.6	5.7	24.7	5.4

No grupo submetido ao método livre ( $n = 5$ ), dois participantes eram do sexo masculino e três do sexo feminino, um era esquerdino e quatro dextros, e apenas um não tinha experiência de qualquer atividade artística; os restantes tinham tido algum contato mas muito reduzido. Por sua vez, no grupo que foi alvo do método guiado ( $n = 8$ ), dois participantes eram do sexo feminino e 6 do sexo masculino. Um era esquerdino e sete dextros; apenas dois não tinham experiência de qualquer atividade artística, um tinha frequentado a Faculdade de Belas Artes por um ano, e os restantes tinham experiência artística muito reduzida.

## 2.2 Material

Nesta secção descreve-se o protocolo de avaliação neuropsicológica utilizado nos dois momentos, pré e pós implementação do programa de intervenção pela pintura. Adicionalmente, apresentaremos as características do programa de pintura nas suas duas vertentes: método livre vs. método guiado.

### 2.2.1 Protocolo de avaliação neuropsicológica

A todos os participantes foi administrado um breve questionário estruturado para recolha de informação sociodemográfica, clínica (e.g., medicação, início da doença),

bem como sobre a ocupação de tempos livres e experiência de pintura (Anexo2). A avaliação neuropsicológica incluiu medidas da cognição global, funcionamento executivo, bem-estar, ansiedade e depressão, e qualidade de vida. As medidas de funcionamento executivo foram selecionadas para avaliar as competências executivas treinadas no grupo de pintura submetido ao método guiado. Foram usados os seguintes instrumentos de avaliação:

a. MoCA (Montreal Cognitive Assessment; Nasreddine et al., 2005; versão portuguesa de Freitas, Simões, Alves, Duro, & Santana, 2012). O MoCA é um instrumento breve de rastreio da cognição global, desenvolvido especificamente para avaliar o défice cognitivo ligeiro. Encontra-se organizado em oito domínios cognitivos: (1) Visuoespacial e executivo; (2) Nomeação de imagens; (3) Memória; (4) Atenção; (5) Linguagem; (6) Abstração; (7) Evocação diferida; e (8) Orientação. A pontuação máxima no teste é de 30 pontos e os pontos de corte encontram-se aferidos para a população portuguesa.

b. Fluência Verbal Fonémica. Nesta prova, em que se avalia a iniciativa verbal, é pedido ao sujeito que diga em voz alta o maior número de palavras iniciadas por uma dada letra: as letras M, R e P. Os dados normativos utilizados foram os de Cavaco e colaboradores (2013a).

c. TDR (Teste do Desenho do Relógio; adaptação portuguesa de Santana, Duro, Freitas, Alves, & Simões (2013). É uma prova rápida que permite avaliar um conjunto complexo de competências visuoespaciais, executivas e conhecimento de números. O sujeito deve desenhar a face de um relógio, escrever os números, e desenhar os ponteiros para indicar uma determinada hora, habitualmente as 11h10. Para a cotação da prova foi usada a classificação de 18 pontos de Babins e colaboradores (2008).

d. TMT-A & B (Trail Making Test A e B; adaptação portuguesa de Cavaco et al., 2013b). O TMT consiste em duas tarefas, A e B. Na tarefa A, o objetivo é o de ligar um conjunto de números pela ordem numérica (de 1 a 25) no menor tempo possível. Por sua vez, na tarefa B, o objetivo é o de ligar alternadamente números (1 a 13) e letras (A até aL), pela ordem numérica e alfabética (e.g., 1-A, 2-B, 3-C) no menor tempo possível. É um teste que avalia a atenção sustentada e dividida, velocidade de processamento, flexibilidade cognitiva, coordenação, exploração visual e sequenciação (Kortte et al.,

2010; Lezak et al., 2012). O resultado obtido no teste foi calculado de acordo com as normas de Cavaco e colaboradores (2013).

e. Stroop, (Teste de Cores e Palavras; versão portuguesa de Fernandes, 2012); É um teste que avalia processos executivos como a flexibilidade cognitiva, atenção seletiva, resistência à interferência e inibição de respostas. É composto por três tarefas: (1) leitura de palavras, em que o sujeito deve ler 100 palavras que são nomes de cores (verde, vermelho e azul); (2) nomeação da cor, em que o sujeito deve nomear a cor em que se encontram impressas 100 sequências de três XXX (xxx, xxx, xxx); e (3) nomeação da cor de 100 palavras, em que o sujeito não deve ler a palavra mas sim nomear a cor em que esta se encontra impressa. Cada tarefa tem o tempo limite de 45 segundos e é contabilizado o número total de respostas corretas. Para além dos resultados obtidos em cada uma das tarefas, calculou-se ainda a pontuação indicadora do efeito de interferência.

f. Localização Espacial (ordem inversa) e Sequência de Letras e Números da Weschler Memory Scale-III; (WMS-III; Wechsler, 2008; versão portuguesa de Freitas, Simões, Alves, Duro, & Santana, 2012). O teste de localização espacial subdivide-se em duas tarefas: na primeira, o examinador toca sequencialmente em cubos dispostos num tabuleiro tridimensional, sendo que a tarefa do sujeito consiste em tocar nos cubos pela mesma ordem. Na segunda tarefa, o sujeito deve repetir as sequências de toques realizadas pelo examinador na ordem inversa. A tarefa requer a capacidade do sujeito para manter uma sequência visuoespacial dos acontecimentos em memória enquanto planifica a resposta correta. Foram contabilizadas as respostas corretas na ordem direta e inversa, procedendo-se ao seu somatório e conversão numa pontuação escalar.

g. HADS (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; versão portuguesa de (Pais-Ribeiro et al., 2007). Trata-se de uma escala de auto-preenchimento que demora cerca de 10 minutos a ser realizada. É constituída por 14 itens que se dividem em duas subescalas que avaliam, respetivamente, níveis de ansiedade e depressão. Os pontos de corte escolhidos foram baseados no estudo para a validação da versão portuguesa, considerando-se valores entre 0 e 7 como “normal”, entre 8 e 10 “leve”, entre 11 e 14 “moderado” e entre 15 e 21 “severo”, para qualquer uma das dimensões avaliadas, ansiedade e depressão. Relativamente ao resultado global na HADS, valores iguais ou superiores a 15 são considerados como sugestivos de níveis patológicos.

h. Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref; versão portuguesa de Vaz Serra et al., 2006) Trata-se de um questionário de avaliação subjetiva da qualidade de vida que integra quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente, tendo uma forte consistência interna e uma boa validade discriminante. É um questionário de auto-resposta, constituído por 26 itens, sendo dois mais gerais, relativas à perceção geral de qualidade de vida (G1) e à perceção geral de saúde (G2). Cada um dos itens é apresentado sob forma de uma escala de Likert de 5 pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação). Relativamente aos resultados, pontuações mais altas equivalem a uma melhor qualidade de vida. Algumas questões não estão formuladas num sentido positivo, sendo assim recodificadas. Para cada um dos 4 domínios, é calculada a média das respostas obtidas. Esse valor médio é então multiplicado por 100 para que os resultados dos domínios no WHOQOL-Bref sejam comparáveis com os do WHOQOL-100. Desta forma, os resultados variam entre 0 e 100. A cotação é feita da seguinte forma:

$$\text{Resultado do Domínio} = \frac{\text{Somatório de todos os itens} - \text{Número de itens}}{4 \times \text{Número de itens}} \times 100$$

### 2.2.2 Programa de intervenção pela pintura: Características

As atividades constituintes do programa de intervenção de pintura implementado nos dois grupos de participantes foram estruturadas de forma a serem equivalentes, com a mesma duração, os mesmos recursos e técnica (colagem, pintura ou desenho), diferindo apenas no método: livre vs. guiado (Quadro 2). No método guiado todos os exercícios tinham diretrizes e instruções claras que orientavam o sujeito na execução e pretendiam treinar competências cognitivas e executivas previamente definidas. Por sua vez, no método livre, não existiam diretrizes sendo a execução das atividades inteiramente livre, não havendo portanto um treino dirigido. Segue-se uma descrição detalhada das atividades do programa, tal como foram implementadas com método guiado:

a. Recriação de pintura por colagem recorrendo a pinturas de *Kandinsky* e *Miró*: Neste exercício foi distribuída aos participantes uma imagem de uma pintura para recriarem numa cartolina. Depois de observarem atentamente a imagem, tinham de desenhar as

formas da pintura em papel de lustro, correspondendo as formas às cores; por exemplo, se a pintura tivesse um triângulo vermelho, teriam de recortar o triângulo na folha de lustro vermelha. Depois de cortadas as formas desenhadas em papel de lustro, estas eram coladas na cartolina, sendo posicionadas corretamente de acordo com a imagem copiada.

b. Recriações de pintura de *Claude Monet* em pastel seco: Neste exercício foram distribuídas aos participantes imagens de pinturas de *Monet*. Estas pinturas teriam de ser recriadas numa primeira fase por desenho e depois coloridas com o pastel seco, tentando chegar o mais próximo possível às cores originais da obra. O pastel seco permite uma maior facilidade na mistura de cores, devido à sua suavidade.

c. Recriação de pintura *Van Gogh e Monet* em pastel de óleo: Distribuíram-se imagens de pinturas que teriam de ser recriadas primeiro por desenho e de seguida pintadas com o pastel de óleo tentando uma aproximação fiel às cores e texturas originais da obra. O pastel de óleo é um material que permite criar textura, podendo assim aproximarem-se mais fielmente das imagens que recriavam.

d. Exercício de recriação de pintura em tela: Os participantes tiveram de recriar em tela uma pintura de *Amadeo de Sousa Cardoso*, recorrendo a pincéis e tintas acrílicas, fazendo três camadas sobrepostas para ficarem mais atentos à cor, forma e detalhe.

Em todos estes exercícios de recriações de pinturas, era esperado que os participantes treinassem funções executivas específicas como o planeamento, a definição de estratégias, organização e atenção.

e. Boa memória: Neste exercício o objetivo era o de representar as imagens das obras de pintores que haviam recriado. Geralmente faziam-no dois dias após essa recriação, tentando desenvolver a memória, atenção e concentração.

f. Acaso/Controle: Recorrendo à aguarela, água e pincéis foi pedido aos participantes que preenchessem a uma folha toda com tinta, usando total liberdade de expressão. Tinham de colocar a tinta com o pincel, e atirar para a folha, criando manchas e salpicos. Numa segunda fase, foram convidados a escolher uma pequena mancha e representá-la o mais fielmente possível, numa escala maior, tentando desenvolver a atenção e concentração.

g. Desenho vazio/invertido/cego: Os participantes receberam uma imagem que teriam de reproduzir concentrando-se no vazio, ou seja, desenhar o espaço vazio em vez de olharem para a forma.

h. Desenho invertido: Os participantes tinham de copiar desenhos, numa forma invertida; ou seja, copiá-los ao contrário da ordem natural.

i. Desenho cego: O objetivo era o de desenhar diversos objetos mas sem olhar para o papel, focando completamente a atenção no objeto em questão. Todos estes exercícios de desenho procuravam desenvolver a atenção e o controlo inibitório.

No grupo que frequentou o programa de pintura com o método livre, os exercícios foram os mesmos do grupo que frequentou o método guiado; ou seja, a técnica e o material eram os mesmos mas não havia diretrizes/ instruções a seguir:

Colagem: foram distribuídos materiais, cola, papéis e cartolina e pedido que fizessem uma colagem, mostrando por cerca de 1 a 2 minutos as mesmas imagens do grupo guiado mas apenas para se inspirarem ou nas cores, ou formas, mas podendo usar de liberdade para criarem.

Pintura a pastel seco/pastel de óleo: distribuídos os mesmos materiais do que o grupo guiado, e em vez de recriação, era dada uma frase como ponto de partida e imagens. Exemplo de frase: “Tenho em mim todos os sonhos do mundo” (Fernando Pessoa).

Aquarela: Exercício totalmente livre e abstrato com liberdade de expressão, os participantes realizavam manchas de cor.

Desenho: Tema livre recorrendo a frases ou poemas como ponto de partida ou até mesmo a memórias positivas dos participantes.

Pintura em tela: foi mostrada aos participantes a mesma imagem que o grupo guiado teve de recriar, uma pintura de Amadeo de Sousa Cardoso, nesta condição os participantes só observaram a imagem cerca de 3 minutos para se inspirarem na cor, conceito ou forma e depois tiveram a liberdade de pintar a sua própria tela.

Quadro 2. Atividades, métodos, técnicas, duração e recursos usados em cada um dos grupos

Atividade, métodos e técnicas		Duração	Recursos
Método guiado	Método livre		
<b>Recriação de pinturas como <i>Miró e Kandinsky</i>:</b> Recriação de pintura por colagem.	Colagem livre, com inspiração em imagens de pinturas usadas no Grupo I.	6h, 4 sessões	Papéis, colas, tesouras.
<b>Recriação de pinturas <i>Monet, Van Gogh</i>:</b> Recriação de pintura em pastel seco/ óleo.	Pintura livre, com inspiração imagens de pinturas usadas no Grupo I.	6h, 4 sessões	Pastel seco, Pastel de óleo.
<b>Recriação de pintura de <i>Amadeo de Souza Cardoso</i>:</b> Recriação de pintura em tela a acrílico.	Pintura livre, com inspiração imagens de pinturas usadas no Grupo I.	6h, 4 sessões	Papel ou tela, tintas acrílicas, pincéis.
<b>Acaso/Controle:</b> Pinturas abstratas – Manchas ao acaso/ manchas controladas em aguarela.	Tema livre, usando a leitura de um poema como ponto de partida.	3h, 2 sessões	Papel Aguarela, Aguarelas, pincéis.
<b>Desenho vazio/invertido/cego:</b> 1. Cópia de imagem invertida. 2. Reprodução imagem por espaços vazios. 3. Desenhar sem olhar o papel.	Desenho livre, mostrando imagens, frases ou poemas para inspiração.	6h, 4 sessões	Lápis, Folhas de papel.
<b>Boa memória, pintura:</b> Representar de memória imagens recriadas em sessões anteriores.	Desenhar memórias positivas.	6h, 4 sessões	Tintas, pincéis.

### 2.3 Procedimento

A todos os participantes foi administrado um breve questionário inicial para recolha de informação sociodemográfica, clínica, bem como sobre a ocupação de tempos livres e experiência de pintura (cf. Anexo 2) Todos ( $N = 11$ ) foram avaliados num protocolo de avaliação neuropsicologia em dois momentos distintos: antes do início do programade intervenção pela pintura (ca. de 1 semana) e após a finalização do mesmo



(ca. de 1 semana depois). A avaliação neuropsicológica foi realizada por uma psicóloga com especialização em neuropsicologia, completamente desconhecadora do programa de intervenção e do grupo que cada participante iria frequentar (método guiado vs. livre). A duração de cada avaliação foi aproximadamente de 30 minutos e foi realizada nas instalações da Nova Aurora.

Os participantes foram organizados em dois grupos tendo sido submetidos a dois métodos diferentes: método guiado vs. método livre, sendo as atividades e os materiais os mesmos para cada grupo (cf. Secção do Material). No método guiado as atividades eram apresentadas com instruções e diretrizes específicas, proporcionando um treino dirigido para competências executivas específicas previamente seleccionadas. Já no método livre, as atividades eram realizadas por criação livre.

O programa de intervenção pela pintura foi implementado pela própria mestrande, Ana Maria Costa, licenciada em artes plásticas e com experiência extensa em terapia pela arte. Decorreu ao longo de 3 meses, de 19 de Setembro a 15 de Dezembro de 2017, tendo sido realizadas um total de 24 sessões de pintura para cada um dos dois grupos (método guiado vs. livre); a periodicidade foi de duas vezes por semana para cada grupo e cada sessão teve uma duração aproximada de 1h30. Os dois grupos, método guiado e livre, tinham sessões no mesmo dia. Nas sessões estavam apenas presentes os participantes e a dinamizadora, tendo decorrido na Instituição Nova Aurora.

No final do programa de intervenção, os participantes responderam ainda a um questionário anónimo e confidencial (cf. Anexo 3) sobre a intervenção realizada ao longo de três meses.

## 2.4 Análise de dados

Na cotação de todos os instrumentos (cf. Secção 2, Material), foram consideradas as pontuações estandardizadas (z-scores, Quadro 3), com exceção dos questionários HADS (avaliação de ansiedade e depressão, escala de 0 a 21 em cada dimensão) e WHOQOL-BREF (avaliação do bem-estar em vários domínios, escala de 0 a 100 para cada domínio). Em todos os instrumentos, pontuações mais elevadas indicam um funcionamento superior, com exceção do questionário HADS: aqui, pontuações mais

elevadas indicam níveis superiores de ansiedade e/ou depressão, indicando déficit afetivo.

Para análise e tratamento de dados foi utilizado o programa SPSS, versão 20 ([www.ibm.com](http://www.ibm.com)). Dada a reduzida dimensão da amostra e a ausência de distribuição normal, baseámo-nos em análises não-paramétricas.

Para cada participante, calculámos os diferenciais entre pós-teste e pré-teste (Quadro 4), que foram usados como variáveis dependentes. O diferencial foi calculado neste sentido (pós-pré) para todos os instrumentos com exceção do questionário HADS, onde foi feito o cálculo inverso (pré-pós). Com isto, visámos homogeneizar a apresentação dos resultados, fazendo com que, em todos os casos, um diferencial superior indique sempre melhoria funcional do paciente após a intervenção. No caso do HADS, um diferencial pré-pós superior indica uma diminuição da problemática (afetiva), enquanto nos outros a diminuição da problemática é indicada pela magnitude do diferencial pós-pré.

A análise visou determinar possíveis diferenças entre grupos (livre vs. guiado), tendo-se para tal recorrido ao teste não paramétrico para duas amostras independentes MannWhitney. O nível crítico de significância adoptado foi de .05.

### **3. Resultados**

O quadro 3 mostra as medianas, por grupo e momento de avaliação (pré- vs. pós) para cada variável dependente. O quadro 4 apresenta os valores medianos do diferencial para cada grupo. Valores positivos indicam aumento da funcionalidade dos pacientes, enquanto valores negativos indicam o inverso. A apreciação dos valores medianos do diferencial aponta para um aparente aumento generalizado da funcionalidade dos pacientes (valores positivos), com exceção dos testes MoCA, TMT/AB, Stroop Palavra, Stroop Cor e Palavra e Stroop Interferência, que revelaram medianas negativas no grupo livre, e do MoCA, TMT/AB e todos os domínios do WHOQOL-BREF - exceto no domínio geral 2 (percepção da saúde geral), no grupo guiado. Estes valores não são contudo interpretáveis, pois não utilizamos um grupo de controlo que pudesse indicar se o aumento/decréscimo de funcionalidade foi ou não devido à intervenção terapêutica.

Quadro 3. *Medianas pré- e pós- teste*

	Grupo livre		Grupo Guiado	
	Pré	Pós	Pré	Pós
MoCA	0.33	0.61	-1.46	-0.51
Relógio	0.06	0.06	0.55	0.55
FV Fonémica <sup>a</sup>	1.33	0.67	0.16	-0.16
Trail-making				
A	0.00	1.67	-0.65	-0.33
B	0.00	-0.33	-0.50	0.16
AB <sup>b</sup>	0.00	-1.33	0.00	-0.50
Stroop				
Palavra	0.30	0.60	-1.25	-1.10
Cor	-0.30	-0.20	-1.10	-0.90
Cor/Palavra	0.00	-0.80	-0.50	-0.55
Interferência	0.00	-0.20	1.00	0.20
Localização espacial	1.00	0.33	0.00	0.33
HADS				
Ansiedade <sup>c</sup>	5.00	6.00	6.50	6.50
Depressão <sup>c</sup>	6.00	3.00	3.00	3.00
WHOQOL-BREF				
Físico	62.5	71.4	64.2	58.9
Psicológico	58.3	62.5	79.1	64.5
Meio ambiente	50.0	58.3	50.0	45.8
Relações sociais	65.6	57.1	67.1	57.8
Dominio geral1	60.0	80.0	80.0	70.0
Domínio geral2	80.0	80.0	60.0	80.0

<sup>a</sup> Fluência Verbal/ Fonémica (MoCA). Ver secção de materiais alínea b

<sup>b</sup> Cálculo dos dois TMTA/B (A + B) e multiplicação (A × B / 100)

<sup>c</sup> Pontuações mais elevadas indicam mais ansiedade/depressão

Quadro 4. *Comparação do diferencial pós-pré-teste entre grupos*

	Diferencial pós-pré Grupo Livre (n = 3)		Diferencial pós-pré Grupo Guiado (n = 8)		U	p
	Mediana	Posto médio	Mediana	Posto médio		
MoCA	-0.44	5.50	-0.23	6.19	10.5	.758
FV Fonémica <sup>a</sup>	0.00	5.00	0.00	6.38	9.00	.520
Relógio	0.00	7.00	0.00	5.63	9.00	.529
Trail-Making						
A	0.34	6.83	0.33	5.69	9.50	.606
B	0.00	5.67	0.50	6.13	11.0	.836
AB <sup>b</sup>	-1.67	4.67	-0.49	6.50	8.00	.412
Stroop						
Palavra	-0.33	5.17	0.00	6.38	9.50	.607
Cor	0.60	4.17	0.20	6.69	11.0	.836
Cor/Palavra	-0.10	6.17	0.30	5.94	6.50	.260
Interferência	-0.20	6.17	0.10	5.94	11.50	.919
Localização Espacial	0.00	5.00	0.00	6.38	9.00	.530
HADS						
Ansiedade <sup>c</sup>	0.00	7.17	-1.00	5.56	8.50	.462
Depressão <sup>c</sup>	1.00	8.50	0.50	5.06	4.50	.115
WHOQOL-BREF						
Físico	8.92	7.50	-1.78	5.44	7.50	.356
Psicológico	8.33	9.83	-6.25	5.86	0.50	.018
Relações sociais	16.6	9.33	-8.33	4.75	2.00	.038
Meio ambiente	6.25	4.17	-1.56	6.69	6.50	.259
Domínio geral1	0.00	9.00	-20.0	4.88	3.00	.042
Domínio geral2	0.00	7.00	0.00	6.53	9.00	.498

<sup>a</sup>Fluência Verbal/ Fonémica (MoCA),cf. seccão de materiais, alínea b.

<sup>b</sup>Cálculo dos dois TMTA/B ( $A + B$ ) e multiplicação ( $A \times B / 100$ )

<sup>c</sup>Pontuações mais elevadas indicam mais ansiedade/depressão

O resultado crucial para a nossa hipótese diz respeito aos resultados dos testes Mann Whitney (Quadro 4), que foram usados para comparar os diferenciais pós-pré de cada grupo. Estes mostram que o método terapêutico apenas teve um efeito significativo na esfera psicossocial/afetiva, especificamente em alguns domínios testados pelo questionário do WHOQOL-BREF: domínio psicológico ( $p = .018$ ,  $\eta^2 = 0.471$ ), domínio das relações sociais ( $p = .038$ ,  $\eta^2 = 0.414$ ), e domínio Geral 1 (qualidade da vida geral, ( $p = .042$ ,  $\eta^2 = 0.406$ ). Tal como se pode observar no quadro 4, os benefícios de bem-estar foram superiores no grupo livre, quando comparado com o grupo guiado.

Note-se, porém, que estes resultados perdem significância se aplicarmos uma correção para comparações múltiplas. Por exemplo, uma correção Bonferroni para seis comparações (domínios do questionário), coloca os níveis de significância em  $p = .108$  para o domínio psicológico,  $p = .228$  para as relações sociais, e  $p = .252$  para o domínio geral. Um ajuste menos restrito – considerando apenas as quatro dimensões relevantes para o nosso estudo (psicológica, relações sociais, geral 1 e geral 2) traria um valor marginal ( $p = .072$ ) para o domínio psicológico, e valores não significativos ( $p = .152$ ,  $p = .168$ ) para os restantes.

Seguem-se as questões, respostas e interpretações ao questionário de controlo (cf. Anexo3). As respostas foram categorizadas e calculou-se a frequência relativa (percentagem), por grupo, de cada tipo de resposta:

1ª questão: “Nestes últimos três meses tem frequentado alguma outra atividade para além da pintura e desenho?”

Todos os pacientes de ambos os grupos reponderam sim, atividades da associação. Ao longo da nossa presença no centro pudemos confirmar que, de facto, a prática de outras atividades era comum a todos os participantes. Deste ponto de vista, podemos defender que os benefícios superiores de bem-estar no grupo livre não estiveram relacionados com o facto de os seus elementos usufruírem de mais ou de menos atividades que os membros do grupo guiado.

2ª questão: “Nos últimos três meses houve algum facto negativo na sua vida que o afetou?”

Dois (66%) pacientes do grupo livre e cinco (62.5%) do grupo guiado responderam afirmativamente. Portanto uma grande percentagem de ambos os grupos sofreu interferências negativas. É provável que em ambos os grupos, esses acontecimentos tenham afetado de forma negativa a avaliação pós-terapia, mas a questão relevante diz respeito à igualdade de circunstâncias externas que acompanharam os dois grupos ao longo do processo terapêutico. Mais uma vez, as diferenças observadas entre grupos parecem não ter sido devidas a fatores estranhos ao programa.

A 3ª questão abordava possíveis efeitos da terapia pela arte, tal como estes terão sido percecionados pelos pacientes: “Tendo em conta os últimos três meses (terapia) Como se sente agora nas seguintes áreas?” As respostas estão sumariados no Quadro 5.

Quadro 5. *Classificação das respostas (frequência e percentagem de pacientes por grupo) à questão “Como se sente depois da terapia?”.*

	Grupo livre			Grupo Guiado		
	Pior	Igual	Melhor	Pior	Igual	Melhor
1 Tarefas do dia-a-dia			3/100%		2/25%	6/75%
2 Calma e bem estar			3/100%		4/50%	4/50%
3 Capacidade de comunicar		1/33%	2/66%		2/25%	6/75%
4 Realizar tarefas de esforço mental		1/33%	2/66%		3/37.5%	5/62.5%

Percebe-se que a frequência relativa de respostas com tendência positiva a nível do bem-estar (pergunta 3.3) é superior no grupo livre (100% contra 50% no grupo guiado), indo ao encontro do que era esperado, e do que foi indicado pelos resultados do questionário WHOQOL-BREEF notam-se benefícios superiores na esfera psicossocial / afetiva no grupo livre, comparativamente ao grupo guiado. A pergunta relativa à

capacidade de comunicação (que foi por nós formulada num sentido psicossocial / afetivo) apresentou uma tendência contrária, tendo o grupo guiado apresentado uma frequência superior de respostas positivas. Dado o significado relativamente vago da palavra “comunicar”, é possível que ela tenha sido entendida num outro sentido, mais cognitivo. Por outro lado, o facto de o grupo guiado ter mais participantes pode ter potenciado uma dinâmica comunicativa superior neste grupo.

À luz dos resultados dos instrumentos de avaliação pré- e pós-teste, não era expectável que houvesse diferenças entre os grupos nas funções executivas (nas questões das tarefas do dia a dia ou de no esforço mental). No entanto, o grupo livre apresentou uma maior percentagem de resposta positiva nessas questões. Isso pode dever-se à sensação de calma e bem-estar, que pode ter induzido a responder positivamente a todas as questões. Note-se, porém, que as diferenças na pergunta relativa às tarefas de esforço mental são muito pequenas.

4ª questão: “O que achou das obras que realizou, ficou satisfeito com o resultado?”

Do grupo livre, dois (66%) responderam que sim, e um respondeu “mais ou menos”. Do grupo guiado, sete (87.5%) responderam que sim; um respondeu sim, mas afirma que sentiu algum nervosismo. Isto poderá dever-se ao facto de este participante ter sentido alguma pressão, ou medo de não corresponder à tarefa.

A gratificação com os exercícios realizados foi superior no grupo guiado. Parece perceber-se uma maior satisfação com a obra se os participantes estiverem a imitar uma coisa que já existe, talvez por saberem que estavam a imitar uma obra de arte. É possível que a sensação de terem conseguido cumprir a tarefa lhes seja gratificante e até influencie melhorias de auto-estima. Como a tarefa exige um elevado nível de concentração, poderá levar à abstração de problemas e aí atingirem o estado de *flow* (Chancellor, Duncan, & Chatterjee, 2014). Ao mesmo tempo, também é provável que recriar obras de arte possa causar nervosismo, associado ao medo de não conseguirem realizar a tarefa e assim bloquear o tal estado de calma e bem-estar.

No grupo livre a gratificação com as obras de arte foi menor, ao contrário do que havíamos especulado sobre o possível facto de a gratificação estar associada à criação livre. Como referido acima, afinal a gratificação poderá, antes, estar associada ao ato de recriar uma obra famosa e de conseguir concretizar uma tarefa.

Questão 4.1:”O que acha que essas obras (desenhos/pinturas transmitem)?

No grupo livre, dois (66%) responderam “relaxamento/calma”; um (33%) respondeu, “emoções e pensamentos”, uma resposta um pouco vaga mas que talvez se deva ao facto de no grupo livre terem sido realizados exercícios que permitiam a introspeção, o pensamento livre e, por vezes, inspiração nas próprias emoções. No grupo guiado, quatro (50%) deram respostas muito pessoais sobre as suas emoções, dois responderam (25%) “bem-estar” e outros dois (25%) “concentração/atenção”. Estas últimas respostas podem parecer um pouco tendenciosas neste grupo, sendo que era neste que era esperado desenvolver funções executivas/cognitivas, entre as quais a atenção. Portanto, é provável que os participantes estivessem conscientes dos objetivos da investigação, tentando dizer aquilo que era esperado.

Numa leitura geral, os resultados do questionário não indicam existência de circunstâncias externas ao programa que possam ter sido diferentes nos dois grupos, e são consistentes com os resultados da avaliação pré-pós teste. Nestes últimos, observámos benefícios de bem-estar superiores no grupo livre, que foram corroborados nas respostas ao questionário. Note-se, porém, que o bem-estar não parece advir da satisfação com as obras criadas/executadas. A igualdade dos benefícios cognitivos – observada na avaliação pré-pós teste – surge também corroborada nas respostas relativas ao progresso em tarefas que exijam esforço mental. A melhoria da comunicação – mais acentuada no grupo guiado – pode dever-se ao facto de o grupo ter maiores dimensões, e por isso, permitir mais oportunidades de comunicação dentro do próprio grupo. Portanto, em aspetos gerais, houve alguma convergência entre instrumentos de avaliação pré-pós teste e a perceção, por parte dos pacientes, quanto ao seu próprio percurso de mudança. Mais uma vez, devemos sempre em conta que a análise feita ao questionário não foi suportada por testes estatísticos e, portanto, tem um valor meramente indicativo.

#### **4. Discussão**

Este estudo tinha como objetivo comparar os efeitos de diferentes métodos na terapia pela arte, investigando se um método terapêutico livre acentuaria os benefícios a nível afetivo/psicossocial comparativamente a um método guiado, e se um método guiado acentuaria os benefícios cognitivos comparativamente a um método livre.



Os resultados encontrados no presente estudo indicaram benefícios a nível afetivo/psicossociais superiores no grupo livre, sendo assim compatível com uma das nossas hipóteses. Quanto aos benefícios cognitivos, não se verificaram diferenças entre os grupos, não suportando a outra hipótese que formulamos.

Do ponto de vista das implicações práticas, decorre daqui que o recurso ao método livre na terapia pela arte pode ser vantajoso quando comparado com o método guiado: ao mesmo tempo que não introduz perdas, introduz o ganho dos benefícios superiores ao nível de bem-estar. Esses possíveis benefícios não parecem estar relacionados com a satisfação com a obra criada, mas podem, ainda assim, resultar do processo criativo. A criação livre poderá eventualmente permitir um reforço da autoconsciência, ajudando a libertar medos, ansiedades, conflitos internos, aumentando, consequentemente, a sensação de bem-estar.

Outra explicação para o benefício de bem-estar ser superior no método livre poderá ser a probabilidade do método guiado causar ansiedade, nervosismo, medo, associado à pressão de corresponder à tarefa pedida, estando isto ausente ou reduzido no método livre. Porém sugerem-se mais estudos sobre este tipo de método guiado. Contudo, isto é só uma possibilidade que foi sugerida por alguns pacientes ao longo do trabalho. Para comprovar esta hipótese seria necessário um teste direto e sistemático no futuro.

Sobre o benefício cognitivo no método guiado, a hipótese era de que tarefas estruturadas poderiam desenvolver algumas funções cognitivas e executivas mais que as tarefas não-estruturadas do grupo livre, mas os resultados não suportam esta hipótese. É possível que os exercícios guiados não sejam necessários para potenciar o benefício cognitivo, ou até que o sejam, mas só se forem realizados com maior frequência e durante mais tempo.

Os resultados do presente estudo constituem apenas um indicador preliminar, fruto de uma análise exploratória. Os resultados devem ser lidos no contexto de uma série de limitações metodológicas que merecem trabalho futuro. Concretamente, existe, primeiro, a questão do reduzido tamanho da amostra e a falta de balanceamento entre grupos (3 vs. 8 sujeitos). Inicialmente seriam oito participantes para cada grupo, mas devido a fatores externos e pessoais dos pacientes, a amostra ficou sem um participante que não regressou à associação. Outro apenas regressou em finais de novembro, e um outro não conseguiu fazer a pré avaliação, ficando um grupo reduzido a 5 e outro a 8

participantes, os quais completaram os três meses de intervenção. No pós-teste, não foi possível avaliar dois participantes do grupo de cinco: um faltou na última semana, outro teve uma crise e foi internado. Em segundo, lugar – e sem surpresa, dado o tamanho da amostra – obtivemos resultados pouco robustos que, nas abordagens mais conservadoras, não são significativos. Em terceiro lugar, não é de excluir que os resultados encontrados para o instrumento WHOQOL-BREF possam ser objeto de questionamento. Na perspectiva de alguns autores, este parece ser um instrumento delicado para avaliar doentes com esquizofrenia: devido aos sintomas psicóticos e ao défice cognitivo na doença, existe uma tendência destes doentes referirem um grau de satisfação elevado mesmo sob, condições adversas de vida. Parece haver uma relação entre as suas baixas expectativas e aspirações, as quais facilitam um processo de acomodação face às condições objetivas de vida, levando a uma pseudo-satisfação (Cruz, Salgado, & Rocha, 2010). Ressalte-se, no entanto, que o objetivo do nosso estudo centrava-se na existência ou não de diferença entre dois grupos de pacientes de esquizofrenia (e não na transformação do bem-estar na generalidade dos pacientes), pelo que esta fragilidade perde relevância. Isto leva-nos à questão final, que é a da ausência de um grupo de controlo no nosso estudo. Não usámos um grupo de controlo porque – para a questão de investigação em causa (efeitos do método) – ele não era necessário. Contudo, para determinação futura da existência e magnitude dos benefícios da terapia pela arte será imperativo recorrer a um grupo de controlo. Por exemplo, é possível que tenha existido benefício cognitivo nos dois grupos. Não vimos diferenças entre ambos – demonstrando que não é um método guiado que potencia esses benefícios – mas eles podem ter existido. Apenas um grupo de controlo poderá ajudar a resolver esta questão no futuro.

## **5. Conclusão**

Com o presente estudo exploratório, encontrámos algumas pistas sobre o impacto do método terapêutico nos resultados da terapia pela arte. Os resultados sugerem que um método de criação livre poderá introduzir mais benefícios de bem-estar que um método guiado, sem retirar benefícios no domínio cognitivo/executivo. Apesar de o nosso estudo sofrer de limitações, ele foi ao encontro da necessidade, apontada por Gruber e Oepen (2017), de uma investigação exploratória para comparar o impacto dos métodos

terapêuticos, bem como a necessidade geral de validar mecanismos e modelos subjacentes ao impacto da terapia pela arte (Webb, Miles, & Sheeran, 2012).

### *Epílogo: uma leitura experiencial enquanto terapeuta*

Uma questão que me surgiu durante as sessões foi, será que a percepção do terapeuta tem valor ou apenas devemos olhar as avaliações objetivas? Ao longo das sessões tive um feedback muito positivo quer da parte deles como das técnicas da associação e pacientes que faltavam muito tornaram-se mais assíduos. No final destes três meses de intervenção foi realizada uma exposição (cf.anexo 4) que contava com um trabalho de cada participante. Pacientes, respetivos familiares e cuidadores estiveram presentes e demonstraram muito orgulho e satisfação. O feedback deles foi muito positivo para mim e para as psicólogas da associação.

Percebi que parece ser indiferente a questão de métodos ou de efeitos e eficácia nestas terapias por parte das instituições, porque neste caso a associação contratou-me sem ainda saber os resultados. Eventualmente o mais importante para as instituições e respetivos cuidadores, poderá ser o mais importante ver produto final.

Todo este trabalho de campo acentuou a minha ideia de que a arte como terapia pode ser benéfica, que a produção de algo, o foco, o facto de estarem atentos ao exercício que estão a fazer provoca uma sensação de abstração de problemas, provavelmente levando-os ao tal estado de “*flow*”(Chancellor, Duncan, & Chatterjee, 2014). Acredito que este estado poderá surgir, quer na criação livre, quer na recriação induzida no grupo guiado-, já que em ambos os casos a tarefa estimula a atenção, que por sua vez traz abstração da realidade (dos sintomas psicóticos).

Esta experiência reforçou a minha crença de que criatividade e a “loucura” estão intimamente ligadas. Parece haver uma dicotomia associada ao ato de criação artística, que o “louco” pode salvar-se pela criação de arte e o artista pode enlouquecer por criar arte.

Os doentes psicóticos vivem no “mundo do fora”. O “Fora e a desrazão” foi um conceito criado por (Foucault, 1960) é uma espécie de pólo oposto ao pólo da razão e da dita normalidade. Este conceito sugere que a loucura não diz a verdade da arte, e vice-versa, mas que existem conexões entre ambas.

Os doentes que sofrem de psicoses permanecem nesse pólo da “desrazão” ou caminham para lá principalmente quando têm surtos, crises. Contudo quando usufruem de experiências artísticas como o teatro, dança, pintura, há algum apelo racional, uma atenção para o que estão a criar. Com essa atenção na produção de algo, caminham novamente para o lado da razão, permanecendo assim no centro, ou pelo menos mais longe do pólo extremo irracional, em que perdem totalmente o contato com o “eu”.

Na pintura e no desenho a escolha das formas, das cores, é também racional. Assim doentes que sofrem de psicoses poderão tornar-se mais próximos da razão quando estão a criar ou a recriar (Providello, Yasui, Providello, & Yasui, 2013).

Percebi que esta população é bastante criativa. Talvez isto se deva à falta de juízo de valores, de autocritica, de perfeccionismo. É possível que seja por esse “desprendimento”, que consigam uma liberdade criativa na realização de exercícios e por sua vez uma satisfação mais elevada, a qual não é acessível a grande parte da sociedade dita “normal” que devido aos medos, preconceitos, às ideias que têm pré definidas, bloqueiam muito a criatividade.

Claro que isto foi mais visível no grupo livre, que não teve tantas diretrizes. No entanto, apesar de o grupo guiado poder ter sentido alguma tensão e nervosismo decorrente do trabalho estruturado de cópia, foi perceptível uma melhoria de auto estima. Talvez por verem o resultado final, e ao perceberem que conseguem fazer um trabalho até ao fim, sentiam-se capazes e com mais autonomia. Compreendi isto durante as sessões, pelo feedback que me davam e pela minha percepção.

Uma vez que na psicoterapia há a preocupação de tentar ajudar os pacientes a lidar com os seus conflitos interiores (Dissanayake, 1980), penso que a arte tem um papel fundamental na terapia.

## Referências

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. ISBN 978-0-89042-555-8
- Bhatia, T., Garg, K., Pogue-Geile, M., Nimgaonkar, V., & Deshpande, S. (2009). Executive functions and cognitive deficits in schizophrenia: Comparisons between probands, parents and controls in India. *Journal of Postgraduate Medicine*, 55(1), 3–7.
- Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2006). Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2(4), 531–536.
- Braak, H., Braak, E., Yilmazer, D., Vos, R. A. I. de, Jansen, E. N. H., & Bohl, J. (1997). Neurofibrillary tangles and neuropil threads as a cause of dementia in Parkinson's disease. In *Dementia in Parkinsonism* (pp. 49–55). Springer, Vienna. Retrieved from [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-7091-6846-2\\_5](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-7091-6846-2_5)
- Castro, E. D. de, & Lima, E. M. F. de A. (2007). Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), 365–376. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200017>
- Chancellor, B., Duncan, A., & Chatterjee, A. (2014). Art Therapy for alzheimer's disease and other Dementias. *Journal of Alzheimer's Disease*, 39(1), 1–11. <https://doi.org/10.3233/JAD-131295>
- Coqueiro, N. F., Vieira, F. R. R., & Freitas, M. M. C. (2010). Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6), 859–862. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000600022>
- Crow, T. J. (1985). The Two-syndrome Concept: Origins and Current Status. *Schizophrenia Bulletin*, 11(3), 471–488. <https://doi.org/10.1093/schbul/11.3.471>
- Cruz, B. F., Salgado, J. V., & Rocha, F. L. (2010). Associations between cognitive impairment and quality of life in schizophrenia. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37(5), 233–239. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000500009>
- Edwards, D. (2004). *Art Therapy*. SAGE.
- Elliott, R. (2003). Executive functions and their disorders. *British Medical Bulletin*, 65, 49–59.
- Dissanayake, E. (1980). Art as a Human Behavior: Toward an Ethological View of Art. The *Journal of Aesthetics and Art Criticism*, 38(4), 397–406. <https://doi.org/10.2307/430321>
- Frazzetto, G. (2011, July 27). Psychology: *Asylum art* [Books and Arts]. Retrieved June 3, 2018, from <https://www.nature.com/articles/475452a>

- Goldstein, G., & Shemansky, W. J. (1995). Influences on cognitive heterogeneity in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 18(1), 59–69. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(95\)00040-2](https://doi.org/10.1016/0920-9964(95)00040-2)
- Gruber, H., & Oepen, R. (2017). Emotion regulation strategies and effects in art-making: a narrative synthesis. *The Arts in Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.12.006>
- Hanevik, H., Hestad, K. A., Lien, L., Teglbjaerg, H. S., & Danbolt, L. J. (2013). Expressive art therapy for psychosis: A multiple case study. *The Arts in Psychotherapy*, 40(3), 312–321. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.05.011>
- Klosterkötter, J., Albers, M., Steinmeyer, E. M., Hensen, A., & Sass, H. (1995). Positive or negative symptoms--which are more appropriate as diagnostic criteria for schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(5), 321–326.
- Leurent, B., Killaspy, H., Osborn, D. P., Crawford, M. J., Hoadley, A., Waller, D., & King, M. (2014). Moderating factors for the effectiveness of group art therapy for schizophrenia: secondary analysis of data from the MATISSE randomised controlled trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(11), 1703–1710. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0876-2>
- Lima, A. B. de, & Espíndola, C. R. (2015). Esquizofrenia: funções cognitivas, análise do comportamento e propostas de reabilitação. *Revista Subjetividades*, 15(1), 105–112.
- Montag, C., Haase, L., Seidel, D., Bayerl, M., Gallinat, J., Herrmann, U., & Dannecker, K. (2014). A Pilot RCT of Psychodynamic Group Art Therapy for Patients in Acute Psychotic Episodes: Feasibility, Impact on Symptoms and Mentalising Capacity. *PLOS ONE*, 9(11), e112348. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112348>
- Morais, D., Helena, A., Roecker, S., Salvagioni, J., Albieri, D., & Jacklin Eler, G. (2014). Significance of clay art therapy for psychiatric patients admitted in a day hospital. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 32(1), 128–138.
- Moreira, H. S., Lima, C. F., & Vicente, S. G. (2014). Examining executive dysfunction with the Institute of Cognitive Neurology (INECO) Frontal Screening (IFS): normative values from a healthy sample and clinical utility in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 42(1), 261–273. <https://doi.org/10.3233/JAD-132348>
- Orellana, G., & Slachevsky, A. (2013). Executive Functioning in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00035>
- Patterson, S., Crawford, M. J., Ainsworth, E., & Waller, D. (2011). Art therapy for people diagnosed with schizophrenia: Therapists' views about what changes, how and for whom. *International Journal of Art Therapy*, 16(2), 70–80. <https://doi.org/10.1080/17454832.2011.604038>

- Providello, G. G. D., Yasui, S., Providello, G. G. D., & Yasui, S. (2013). Madness in Foucault: art and madness, madness and unreason. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 20(4), 1515–1529. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702013000500005>
- Reis, A. C. dos. (2014). Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 34(1), 142–157. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100011>
- Rocha, N. B. F., Queirós, C. L., Ribeiro Bravo, A., Silva, A. S. A., Marques, A. P. S., Oliveira, C., ... Pereira, N. G. F. (2013). Análise qualitativa do impacto do programa de treino metacognitivo e da cognição social em pessoas com Esquizofrenia. *Estudos de Psicologia*, 18(4). Retrieved from <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=26130639003>
- Soares, B. G., & Silva de Lima, M. (2006). Penfluridol for schizophrenia. In *The Cochrane Library*. John Wiley & Sons, Ltd. Retrieved from <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002923.pub2/full>
- Teglbjaerg, H. (2011). Art Therapy May Reduce Psychopathology in Schizophrenia by Strengthening the Patients' Sense of Self: A Qualitative Extended Case Report (Vol. 44).
- Thaut, M. H. (2010). Neurologic Music Therapy in Cognitive Rehabilitation. *Music Perception: An Interdisciplinary Journal*, 27(4), 281–285. <https://doi.org/10.1525/mp.2010.27.4.281>
- Walker, E., & Lewine, R. J. (1988). The positive/negative symptom distinction in schizophrenia validity and etiological relevance. *Schizophrenia Research*, 1(5), 315–328. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(88\)90045-X](https://doi.org/10.1016/0920-9964(88)90045-X)
- Webb, T., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing With Feeling: A Meta-Analysis of the effectiveness of strategies Derived From the *Process Model of Emotion Regulation* (Vol. 138).
- Wilkinson, R. A., & Chilton, G. (2013). Positive Art Therapy: Linking Positive Psychology to Art Therapy Theory, Practice, and Research. *Art Therapy*, 30(1), 4–11. <https://doi.org/10.1080/07421656.2013.757513>

## Anexo 1



### **Informação para o participante**

Ana Maria Costa, investigadora da nossa equipa da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, está a realizar um estudo sob a supervisão da Doutora Susana Silva e da Doutora Selene Vicente para saber **como a criação de arte nos pode ajudar a ter uma vida melhor.**

Vimos, por isso, convidá-lo(a) a participar neste estudo. Vamos propor-lhe que frequente duas sessões semanais de um atelier de criação artística durante 3 meses. Estas sessões terão 90 minutos cada e decorrerão no Centro Nova Aurora. Aí, poderá usar a pintura, o desenho e outras técnicas para criar objectos de arte. Antes e depois desse período de 3 meses, vamos pedir-lhe que responda a algumas perguntas e execute algumas tarefas durante 30 minutos, de forma a podermos ver se a criação de arte o ajudou de facto em algum aspecto da sua vida.

Os dados pessoais que nos facultar serão confidenciais e os resultados obtidos neste estudo serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho.

A sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, caso assim o entenda.

Estamos disponíveis para esclarecer qualquer dúvida que possa surgir.

### **Declaração de Consentimento Informado**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo-assinado, compreendi a explicação escrita e oral que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, e para qual é pedida a minha participação. Pude fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Foi-me dada informação sobre os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e eventuais momentos de desconforto inerentes à minha participação. Além disso, foi-me dito que tenho o direito de aceitar ou recusar livremente e a qualquer momento a minha participação



no estudo. Sei que, se recusar, não haverá qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pela investigadora.

\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

---

Assinatura do(a) Participante

Para qualquer esclarecimento, contacte Susana Silva, E: [susanamsilva@fpce.up.pt](mailto:susanamsilva@fpce.up.pt)

## Anexo 2



Estudo de intervenção sobre o impacto da terapia pela arte em pacientes com esquizofrenia.

Questionário sócio demográfico e Clínico:

Participante: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Data de administração: \_\_\_\_\_

Quem administrou? \_\_\_\_\_

### I- Dados Sócio demográficos

Gênero: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Estado civil : \_\_\_\_\_

Tem filhos? \_\_\_\_\_ Com quem vive? \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão que tinha ou teve? \_\_\_\_\_

Situação Profissional atual: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Língua materna: \_\_\_\_\_

Área de residência: \_\_\_\_\_

Desde quando frequenta a Nova Aurora? \_\_\_\_\_

Qual é o regime de frequência (horário)? \_\_\_\_\_

Que atividades realiza? \_\_\_\_\_

Porque veio para esta Instituição? \_\_\_\_\_

Como se desloca para a Nova Aurora? \_\_\_\_\_

Qual é a sua rotina diária?

---

---

---

Quais são os seus interesses/ hobbies? O que gosta de fazer?

---

---

---

Tem interesse em desenho e pintura? \_\_\_\_\_

Tem experiência nestas atividades? Alguma vez desenhou ou pintou?

---

Gosta de realizar atividades em grupo?

---

Observações:

---

---

## II – Dados Clínicos

Em que idade deteve início da doença?

---

Quando lhe foi diagnosticada a esquizofrenia? Lembra-se que idade tinha?

---

---

---

Onde foi realizado o diagnóstico e quem o fez? \_\_\_\_\_

Tipo de esquizofrenia e sintomas mais frequentes: \_\_\_\_\_

Há história familiar de esquizofrenia? \_\_\_\_\_

Esteve internado ao longo da vida por este motivo? \_\_\_\_\_

Onde e quantas vezes? \_\_\_\_\_

Que medicação toma atualmente? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Sente algumas dificuldades como por exemplo ao nível da memória, da atenção, no planear de atividades?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Quais são para si as principais dificuldades? \_\_\_\_\_

---

Que outras doenças tem ou teve (para além da esquizofrenia)?

---

---

---

Quais as suas expectativas com estas sessões de arte terapia?

### Anexo 3



#### Questionário de satisfação:

Este questionário serve para nós percebermos melhor o que achou sobre as sessões de pintura e desenho, e como se sentiu ao longo do processo. O questionário é anónimo e confidencial. Apenas lhe pedimos que indique o grupo/horário em que participou. Muito obrigada pela sua colaboração.

Qual o horário que frequentou: \_\_\_\_\_

A-Nestes últimos 3 meses, tem frequentado alguma outra atividade para além da pintura e desenho? Se sim, qual? \_\_\_\_\_

A1- Nestes últimos 3 meses, houve algum acontecimento na sua vida que o/a tenha deixado mais preocupado que o normal, ou mais bem-disposto que o normal? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B – Como se sentiu **durante as sessões de pintura e desenho** – relaxado/a, concentrado/a, nervoso/a,...? \_\_\_\_\_

B1- Diga-nos algo sobre **o que mais gostou e o que menos gostou** nestas sessões. \_\_\_\_\_

---

C – Tente lembrar-se **como se sentia há 3 meses atrás** (início de setembro), antes de as sessões de pintura começarem, e compare com o momento atual (início de dezembro). **Como se sente agora** nas seguintes áreas?

C1- Realizar tarefas do dia-a-dia (ir às compras, tratar da casa, cozinhar...)

Pior    Igual    Melhor

C2- Calma e bem-estar

Pior    Igual    Melhor

C3- Capacidade para comunicar com as outras pessoas

Pior    Igual    Melhor

C4- Realizar tarefas que exijam esforço mental

Pior    Igual    Melhor

D-O que achou das obras que realizou (produtos finais) – ficou satisfeito com o resultado?

---

D1- O que acha que essas obras (desenhos, pinturas) transmitem? \_\_\_\_\_

E- Se tiver alguma sugestão para melhorarmos estas sessões, por favor deixe-a. \_\_\_\_\_

---

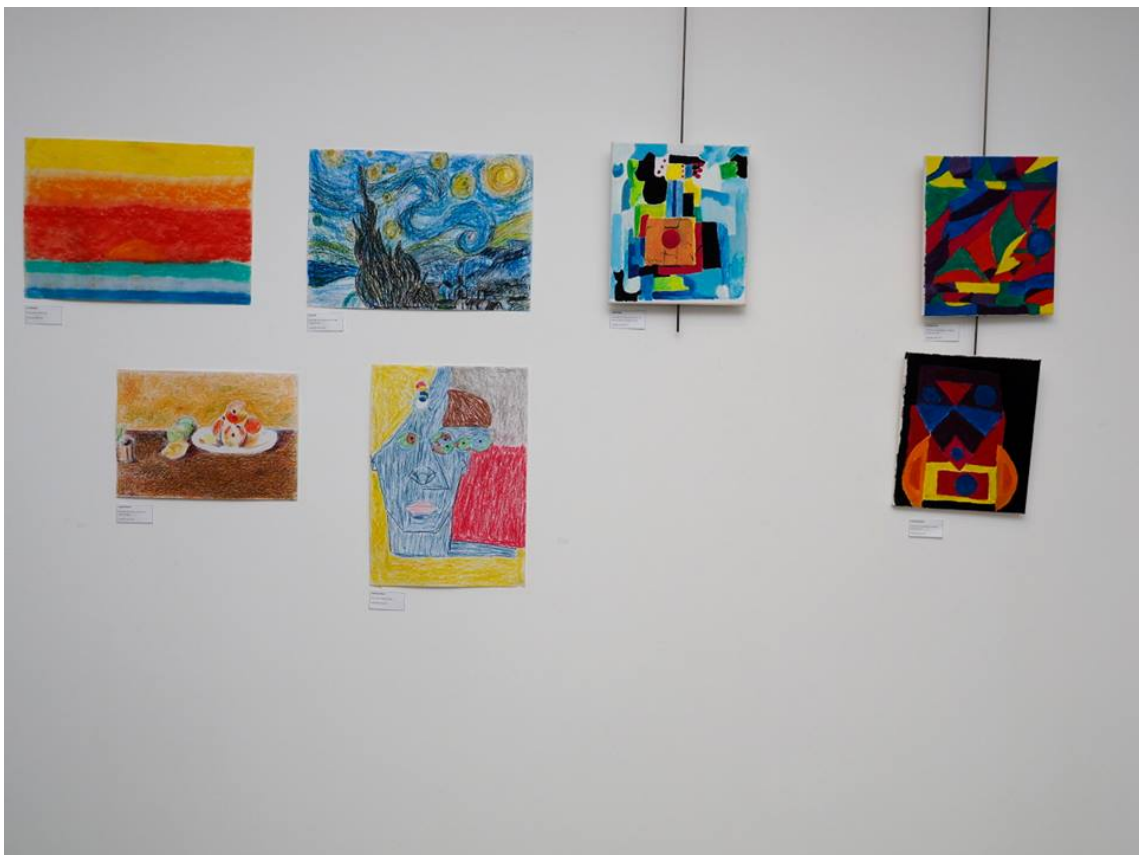
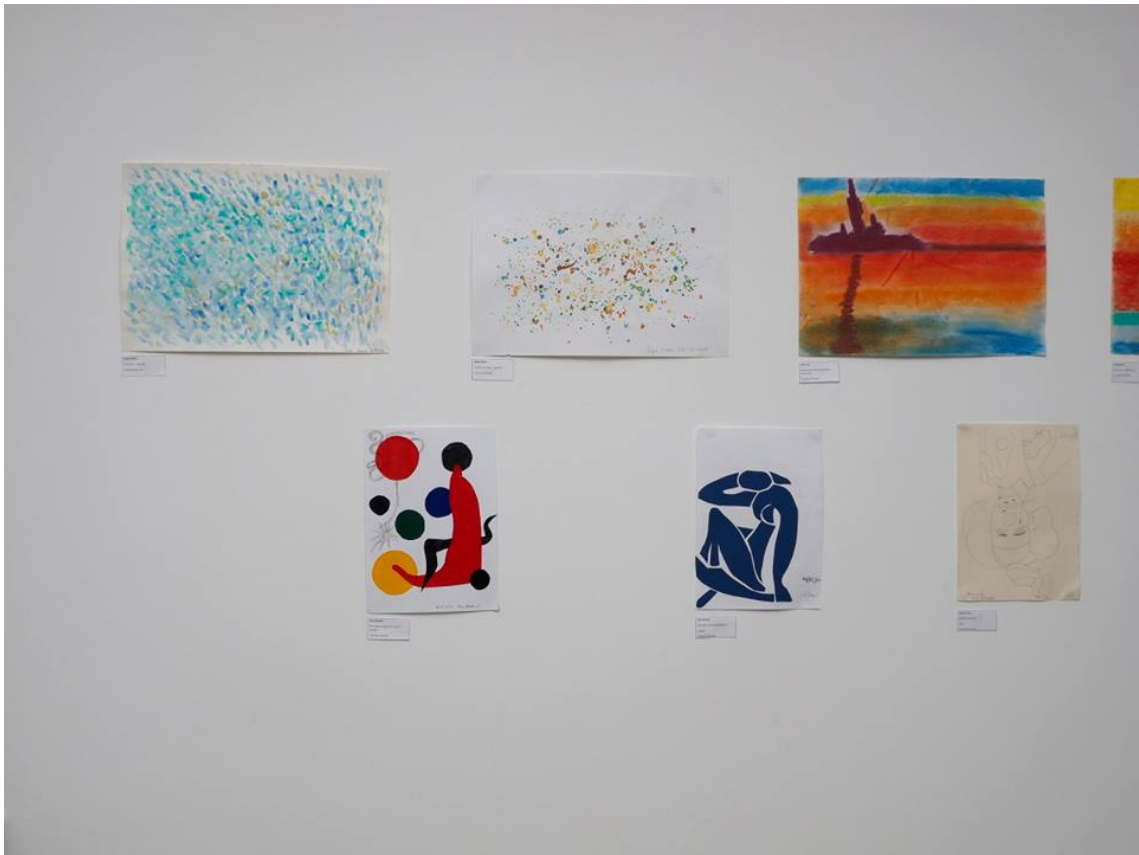
## Anexo 4

Exposição - Casa Cultura de Paranhos Fevereiro 2018

Trabalhos realizados por pacientes







## Anexo 5

Outros trabalhos realizados por pacientes



Trabalho de acaso/controle – aguarela (grupo guiado)



Trabalho livre – inspiração em imagens de Kandinsky- pastel óleo (grupo livre)

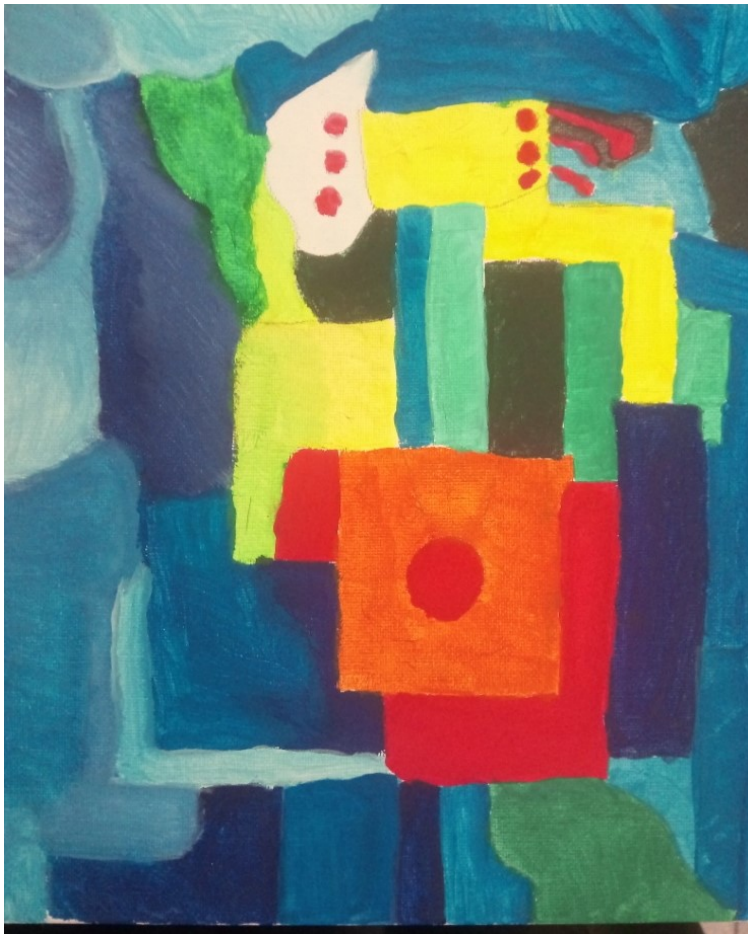


Recriação Monet – pastel seco (grupo guiado)

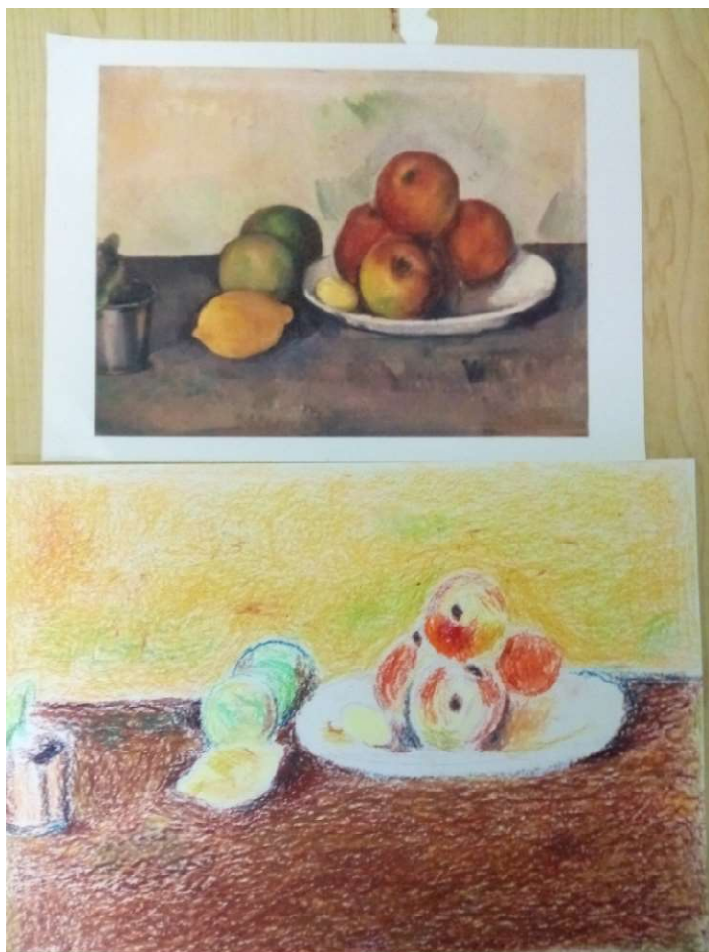




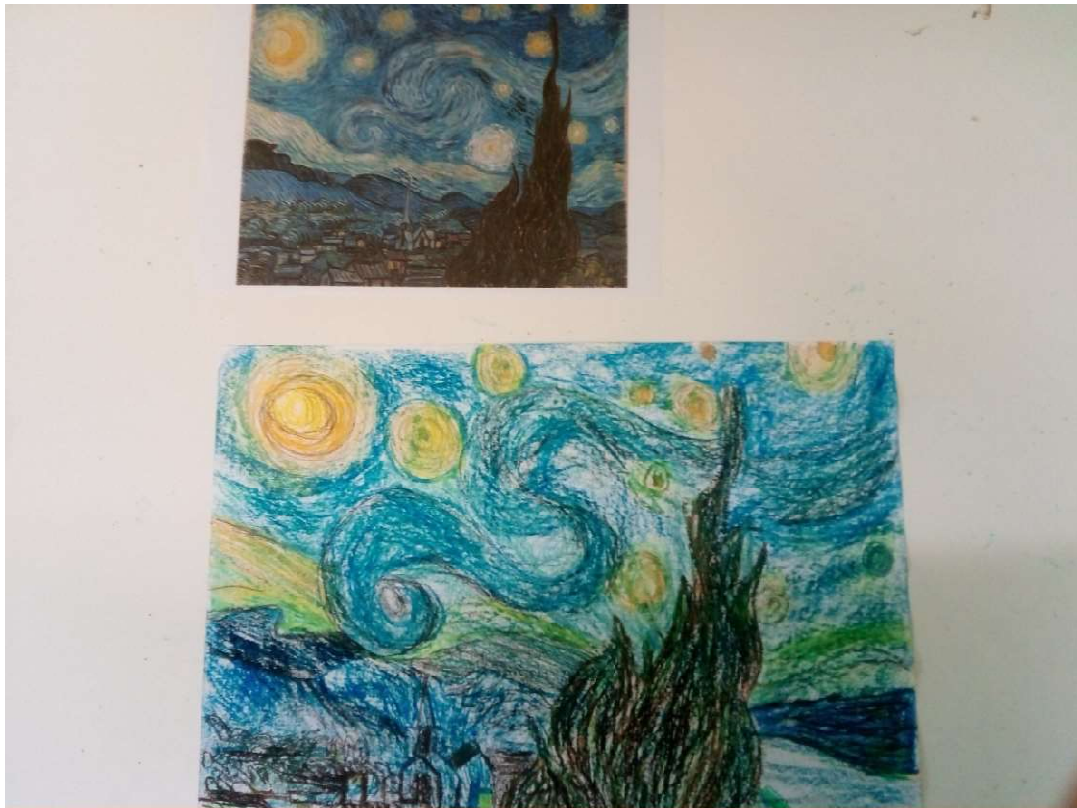
Trabalho livre – inspiração em boas memórias (grupo livre)



Recriação Amadeo de Souza Cardoso – acrílico sobre tela (grupo guiado)



Recriação de Cézanne – pastel óleo (grupo guiado)



Recriação de Van Gogh – pastel óleo (grupo guiado).





Desenho de espaço vazio (grupo guiado)



Recriação de Miró – colagem (grupo guiado)